Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Hautklinik zu Jena
(Direktor: Prof. Dr. Spiethoff)

Kommen die mikropapulösen Syphilide häufiger in der Nachkriegszeit als in der Vorkriegszeit vor?

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen Medizinischen Fakultät
der Thüringischen Landesuniversität zu Jena

vorgelegt von

Katharina Zarewsky

aus

Rußland

Jena 1928

Universitäts-Buchdruckerei G. Neuenhahn, G.m.b.H., Jena

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Thüringischen Landesuniversität Jena.

Gutachter: Prof. Dr. Spiethoff.

Jena, den 17. Juli 1928.

Prof. Dr. Spiethoff
dz. Dekan.

Die eingereichte Abhandlung habe ich in der Universitäts-Hautklinik Jena unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Spiethoff angefertigt.

Ich füge die eidesstattliche Versicherung hinzu, daß darüber hinaus keine weitere Beihilfe stattgefunden hat.

Jena, den 2. Juli 1928.

Katharina Zarewsky.

In der hiesigen Klinik hat man den Eindruck, daß das kleinpapulöse Syphilid in der Nachkriegszeit an Häufigkeit bedeutend zugenommen hat. Auf Anregung von Herrn Professor Spiethoff habe ich diese Frage am Material der Jenaer Hautklinik in den Jahren 1918—1926 nachgeprüft. Bei der tief einschneidenden Umweltänderung, die die lange Kriegszeit und die Jahre nach dem Kriege mit sich brachten, ist mit ihrem Einflusse auf die Reaktionsart der Organismen zu rechnen. Erinnert sei in dieser Hinsicht an die Veränderung im Magenchemismus, an die Lymphocytose und die Verschiebung des Blutbildes nach links (Spiethoff), Erscheinungen, die man im Laufe des Krieges auftreten sah und die noch anhalten.

Das klein- oder mikro- oder miliopapulöse Exanthem, auch als Lichen syphiliticus bezeichnet, setzt sich aus mohn- bis hirsekorngroßen Papeln zusammen. Die Papeln sind derb, konisch oder platt von gelbbrauner bis braunroter Farbe. Sie stehen selten disseminiert, sondern meist in länglichen, losen, unregelmäßigen Gruppen angeordnet, die desto größer sind, je kleiner die einzelne Papel ist. Ganz kleine, kaum sichtbare Effloreszenzen bilden Plaques aus 10—20 Elementen. Zwischen den einzelnen Knötchen jeder Gruppe bleibt die Haut vollkommen unverändert. Die Abheilung erfolgt in der Weise, daß im Zentrum jeder Gruppe kleine, wie durch einen Nadeldruck erzeugte, pigmentierte Närbchen entstehen, die sich als Ausdruck eines gewesenen Gewebszerfalls dem beobachtenden Auge darbieten, während in der Peripherie neue Knötchen entstehen können (Ehrmann). Die besonderen Lokalisationsstellen des Lichen syphiliticus werden von den Klinikern verschieden angegeben.

Es sind: Nach Lesser — Rücken, Seitenwände des Rumpfes und die Extremitäten, nach Stein — Bauch, Rücken, Gelenkbeugen, Nacken, Stirn, nach Higoumenakis — Rücken und Seiten des Stammes, nach Watanabe — behaarte Kopfhaut, Gesicht, Hals,

Nacken, Scapular-, Interscapularregion, Brust und Oberarme. Wie das Krankenmaterial der Jenaer Hautklinik in den Jahren 1918—1926 zeigt, kann jeder beliebige Körperteil vom Lichen syphiliticus betroffen werden, besonders häufig sind es Brust und Rücken, auch sehr oft tritt das Exanthem über den ganzen Körper verstreut auf.

Was die subjektiven Beschwerden anbetrifft, so nimmt der Lichen syphiliticus insofern eine Sonderstellung unter allen anderen syphilitischen Exanthemen ein, als das Jucken bei ihm eine gar nicht seltene Begleiterscheinung ist (Buschke, Lesser, Zieler, Wolff, Mulzer). Das Jucken zusammen mit der Lichennatur kann zur Verwechslung mit dem Lichen rüber planus führen.

Der Lichen syphiliticus soll hauptsächlich tuberkulöse oder kachektische, blutarme Individuen befallen (Neumann, Joseph, Ehrmann, Zieler, Mraček, Wolff, Mulzer, Higoumenakis).

Das histologische Bild des kleinpapulösen Exanthems unterscheidet sich im wesentlichen von dem aller anderen sekundären Exantheme. Die Gewebsveränderungen beginnen in dem Corium mit der Bildung eines Exsudates um die Gefäße der Follikel. Bald erscheint jeder Follikel wie in einen Mantel von Infiltratzellen eingehüllt, der entsprechend der Gefäßverteilung ziemlich scharf gegen die Umgebung abgesetzt ist. Das Zentrum wird von den Epitheloidzellen gebildet, während die Peripherie die Rundzellen einnehmen. Hie und da sieht man eine Riesenzelle, diesen beim Lichen syphiliticus so oft anzutreffenden Baustein der geweblichen Neubildung (Buschke, Kyrle, Gans, Joseph, Zieler, Neumann, Stein, Higoumenakis). Auch Plasmazellen sind vorhanden. Die Epidermis zeigt gewöhnlich eine verdünnte Stachelzellenschicht und eine Abplattung der Zylinderzellen der Basalschicht und ist von vereinzelten Leukocyten durchsetzt. Im Stratum corneum besteht eine erhebliche Hyperkeratose. Die kernlosen Hornlamellen verlegen bald Follikelostien, die erweitert und ausgebuchtet erscheinen, während das Follikelepithel von den Infiltratzellen durchsetzt wird, die in den Balg einbrechen. Die Infiltratmasse besteht fast ausschließlich aus Epitheloidzellen. In der Cutis geht nach Gans das elastische Gewebe im Bereich

des Infiltrats zugrunde. Die Lagerung des Infiltrats um den Haarbalg wird beim Lichen syphiliticus nicht regelmäßig eingehalten. Dort, wo viele Knötchen ausgesät sind, findet man immer parafollikulär sitzende (Kyrle). Bei den letzteren nimmt das Zellinfiltrat wenige Papillen in Anspruch und sendet seine Ausläufer entsprechend der Gefäßverteilung nach abwärts in das Stratum reticulare hinein. So selten das großpapulöse Syphilid sekundäre Metamorphosen erleidet, so oft sehen wir sie bei dem kleinpapulösen. Nimmt das Ödem des Epithels zu, erweitern sich die Intercellularräume und füllen sich mit Leukocyten, Fibrin und Zelldetritus, so bildet sich ein kleines Abszeßchen, eine kleine Pustel.

„Wenn dann diese kleine Abszeßhöhle die Basalzellenschicht perforiert und durch diese Öffnung mit dem Infiltrat der Papillenspitze kommuniziert, so entsteht das Bild einer Sanduhr. Durch oberflächliche Krustenbildung ist dann diese sanduhrähnliche Höhle, wie von einem zierlichen Deckel bedeckt" (Ehrmann).

Die Abheilung erfolgt in der Weise, daß das Exsudat aus dem Corium und der Epidermis allmählich verschwindet und das zugrundegegangene Gewebe durch Narbengewebe ersetzt wird. Nach Neumann lassen sich Entzündungsresiduen noch lange Zeit histologisch nachweisen, auch wenn klinisch keine Entzündung mehr besteht.

Das, was das histologische Bild des Lichen syphiliticus charakterisiert und es von den übrigen sekundären Exanthemen unterscheidet, ist die tuberkuloide Struktur seines Infiltrats. Man findet wohl auch bei den anderen syphilitischen Exanthemen der Sekundärperiode, z. B. beim lentikulären Syphilid, (nie aber bei der Roseola) ab und zu tuberkelähnliche Strukturen, aber dieser Befund ist rein zufällig und durchaus nicht regelmäßig.

„Die spezifischen Strukturen sind hier (bei sekundären syphilitischen Exanthemen) nicht das Führende, vielmehr nur ein Neben- oder Zufallsbefund, die banal entzündlichen beherrschen das Bild. Und das ist nun für die ganze Gruppe der Sekundärsyphilide eigentlich das Gewöhnliche, daß Tuberkel und tuberkuloide Strukturen gebildet werden, die Ausnahme" (Kyrle).

„Eine besondere Stellung nimmt der Lichen syphiliticus ein, von dem schon gesagt wurde, daß für ihn die tuberkuloide Struktur die Regel darstellt“ (Kyrle).

Die Anwesenheit der Riesenzellen in den entzündlichen Infiltraten des Lichen syphiliticus hat früher die Frage aufgeworfen, ob der Lichen syphiliticus eine rein luetische Hauterkrankung ist, oder ob nicht gleichzeitig das tuberkulöse Virus an seiner Entstehung Schuld trägt (Michelson). Dieser Gedanke wurde noch durch die Beobachtung unterstützt, daß viele von den vom Lichen syphiliticus befallenen Individuen gleichzeitig an einer tuberkulösen Erkrankung litten. Nun wissen wir aber, daß es kein für eine Infektionskrankheit spezifisches Zellelement gibt, und daß die Riesenzellen nicht nur in den luetischen und tuberkulösen Infiltraten, sondern auch bei pathologischen Veränderungen auf anderer Grundlage gefunden werden.

Von den anderen Zeichen der Syphilis am Körper, die besonders häufig beim Lichen syphiliticus gefunden werden, sind folgende zu nennen: Gelenkschmerzen, Periostschwellung an der Tibia (Higoumenakis), Iritis papulosa (Higoumenakis, Zieler, Joseph, Watanabe), nervöse Erscheinungen, wie Schwindel, heftige Kopfschmerzen, Erkrankungen der Augen, Seh- und Hörstörungen (Watanabe). Im Material der Jenaer Klinik wurden Erscheinungen von Seiten der gewissen Sinnesorgane, des Nervensystems, der Knochen und Gelenke während des Bestehens des Lichen syphiliticus nicht häufiger beobachtet als bei anderen Exanthemarten.

Der Lichen syphiliticus reagiert auf die antiluetische Therapie nicht so schnell, wie die anderen Exantheme (Broeg, Mračeк, Joseph, Scholtz, Higoumenakis).

Besonders vor der Salvarsanära war seine Behandlung sehr langwierig (Higoumenakis). Wenn Higoumenakis meint, daß der langsame Erfolg einer Schmierkur damit zusammenhängt, daß die Follikel beim Lichen syphiliticus mit Hornmassen verstopft sind, so wäre entgegenzuhalten, daß auch bei der Inunktionskur der Hauptteil des Quecksilbers auf dem Wege der Inhalation dem Körper zugeführt wird. Ist auch das Exanthem hartnäckig, so

ist die Prognose des Endausgangs des Lichen syphiliticus nicht ungünstig, unter der Voraussetzung, daß eine zielbewußte Behandlung platzgreift. Entspricht aber die Behandlung dieser Voraussetzung nicht, so trübt sich die Prognose insofern, als solche Fälle mehr als andere namentlich zu zerebralen Erkrankungen neigen.

Von den anderen syphilitischen Exanthemen, mit denen man den Lichen syphiliticus unter Umständen verwechseln kann, sind die Syphilis lichenoides und die Roseola granulata zu nennen (Ehrmann).

Die lichenoide Syphilis entwickelt sich auf dem Boden des Lichen pilaris. Dieser stellt eine Hautanomalie dar, die sich in einer Hyperkeratose an den Haarfollikeln äußert und zur Entstehung kleiner etwa stecknadelkopfgroßer, matter, weißlicher, oder bei Cutis marmorata infolge der Gefäßstauung bläulicher Knötchen führt. Die Lokalisationsstellen des Lichen pilaris sind die Glutaealgegend und die Streckseiten der Extremitäten. Wenn die Individuen, die an dieser, auch Keratosis suprafollicularis genannten Hautanomalie leiden, gleichzeitig an Lues erkranken und einen makulösen bzw. einen flachpapulösen Ausschlag bekommen, sieht man an Stellen der Lokalisation des Lichen pilaris, entsprechend je einer Macula, Gruppen von kupferroten Knötchen, die aus Lichen-pilaris-Knötchen entstanden sind. Das lichenoide Syphilid hat somit also nur die Bedeutung einer speziellen Lokalisation des syphilitischen Virus (Ehrmann). Zum Unterschied vom Lichen syphiliticus, bei dem die Haut zwischen den einzelnen Elementen je einer Gruppe ganz unverändert bleibt, ist die Haut zwischen den Knötchen des lichenoiden Syphilids gerötet.

Histologisch findet man beim lichenoiden Syphilid eine starke Erweiterung der Follikelgänge und eine Füllung derselben mit Hornmassen. Das Epithel ist meist verbreitert, kann sich aber später wie bei Ichthyosis verschmälern. Die Talgdrüsen werden oft atrophisch und schwinden mitunter ganz. Im Papillarkörper findet man um das horizontale Gefäßnetz und die Gefäße der

Follikel eine Infiltration aus Plasmazellen und vorwiegend aus kleinen Lymphozyten. Die Zahl der Plasmazellen ist bei schwächer elevierten Formen geringer, bei mehr elevierten größer. Manchmal sind die Plasmazellen nicht vorhanden. Die tuberkuloide Struktur fehlt (Higoumenakis). Das lichenoide Syphilid trotzt der spezifischen Behandlung viel weniger als der Lichen syphiliticus. Die Knötchen des letzteren resorbieren sich auf die antiluetische Therapie und lassen kleine pigmentierte Närbchen entstehen, während das lichenoide Syphilid nur die Knötchen des Lichen pilaris hinterläßt (Higoumenakis).

Das zweite syphilitische Exanthem, dessen Abgrenzung vom Lichen syphiliticus unter Umständen Schwierigkeiten machen kann, ist die Roseola granulata (Ehrmann).

Wenn bei Individuen, deren Haut keine habituellen Anomalien zeigt, innerhalb einer syphilitischen Macula die Gewebsveränderungen um die Follikel einen höheren Grad erreichen, und daselbst kleine Knötchen sich bilden, so entsteht die Roseola granulata. Die Knötchen können von derselben Farbe wie die Macula sein und gleichzeitig mit ihr verschwinden. Manchmal aber, wenn die Gewebsveränderungen noch stärker sind, erscheinen die Knötchen viel tiefer gefärbt als deren Umgebung und bleiben auch noch längere Zeit nach dem Verschwinden der Macula bestehen. Später beginnen sie zu schuppen und tragen kleine Krüstchen (follikuläres Syphilid). Die Anordnung bleibt die ganze Zeit entsprechend dem Umfang der gewesenen Macula gruppiert. Das Infiltrat der Roseola granulata unterscheidet sich durch nichts von dem Infiltrat der anderen sekundären Exantheme. Es besteht aus kleinen Lymphozyten und Plasmazellen. Die tuberkuloide Struktur wird in der Regel vermißt.

Was nun die Häufigkeit des Vorkommens des Lichen syphiliticus anbetrifft, so läßt sich folgendes darüber sagen. Ende des vorigen und Anfang dieses Jahrhunderts bis vor der Nachkriegsperiode galt der Lichen syphiliticus für eine seltene Exanthemart.

„Das miliäre papulöse Syphilid kommt viel seltener vor als

das lenticuläre. Unserer Aufzeichnung nach kommen auf 100 lenticuläre papulöse Syphilide kaum 10—12 miliäre“ (Zeissl 1872).

„Das kleinpapulöse syphilid ist bedeutend seltener als das großpapulöse“ (Letzel 1892).

Neumann schreibt 1899: „Berkeley Hill verzeichnet unter 99 papulösen Syphiliden 3 miliäre.“

„Das miliärpapulöse Syphilid kommt viel seltener als das lentikulöse vor“ (Zeissl 1902).

„Das kleinpapulöse sogenannte lichenoide Syphilid ist viel seltener als das lenticuläre“ (Mračeк 1907).

„Das kleinpapulöse Exanthem gelangt seltener zur Beobachtung wie das großpapulöse, etwa im Verhältnis von 1:10“ (Wolff, Mulzer 1914).

„Viel seltener als das großpapulöse tritt das kleinpapulöse oder miliär-papulöse Syphilid, Lichen syphiliticus auf“ (Joseph 1915).

Die Statistik über die Häufigkeit des Vorkommens verschiedener Exanthemarten in der Jenaer Universitätsklinik für Hautkrankheiten in den Jahren 1918—1926 gibt aber andere Resultate

Männer

Jahr	Gesamtzahl der Luetiker	Großpapulöses Exanthem	Kleinpapulöses Exanthem	Roseola	Maculopapulöses Exanthem	Gemischtes (groß- und kleinpapulöses) Exanthem
1918	86	4=4,65 Proz.	1=1,16 Proz.	1=1,16 Proz.	2=2,32 Proz.	0=0 Proz.
1919	168	14=8,33 „	5=2,98 „	16=9,52 „	9=5,36 „	1=0,59 „
1920	149	11=7,38 „	5=3,35 „	16=10,74 „	3=2,01 „	0=0 „
1921	140	14=10 „	6=4,29 „	12=8,57 „	6=4,29 „	1=0,71 „
1922	89	4=4,49 „	5=5,62 „	7=7,86 „	8=8,99 „	1=1,12 „
1923	77	6=7,79 „	3=3,9 „	5=6,49 „	5=6,49 „	3=3,9 „
1924	79	0=0 „	6=7,59 „	11=13,92 „	2=2,53 „	0=0 „
1925	84	2=1,9 „	7=8,33 „	4=4,76 „	4=4,76 „	1=1,19 „
1926	66	1=1,52 „	3=4,54 „	2=3,03 „	3=4,54 „	1=1,51 „

Frauen

Jahr	Gesamtzahl der Luetikerinnen	Großpapulöses Exanthem	Kleinpapulöses Exanthem	Roseola	Maculopapulöses Exanthem	Gemischtes (groß- und kleinpapulöses) Exanthem
1918	113	5=4,42Proz.	2=1,77Proz.	18=15,93 Proz.	3=2,65Proz.	0=0 Proz.
1919	132	6=4,55 „	3=2,27 „	28=21,21 „	19=14,39 „	0=0 „
1920	150	10=6,67 „	9=6 „	24=16 „	8=5,33 „	3=2,0 „
1921	146	4=2,74 „	13=8,9 „	26=17,81 „	5=3 42 „	1=0,68 „
1922	85	8=9,41 „	6=7,06 „	7=8,23 „	4=4,71 „	0=0 „
1923	84	6=7,14 „	9=10,71 „	8=9,52 „	0=0 „	1=1,19 „
1924	85	5=5,88 „	9=10,59 „	6=7,06 „	1=1,18 „	2=2,35 „
1925	86	2=2,32 „	12=13,95 „	4=4,65 „	0=0 „	0=0 „
1926	53	0=0 „	4=7,55 „	3=5,66 „	1=1,89 „	1=1,89 „

Männer

Jahr	Gesamtzahl der Luetiker	Zahl und Prozentzahl der Exanthemfälle	Prozentzahl der **großpapulösen** Exantheme	Prozentzahl der **kleinpapulösen** Exantheme	Prozentzahl d. **gemischten** (groß- und kleinpapulösen) Exantheme	Prozentzahl der **Roseola**	Prozentzahl der **maculopapulösen** Exantheme
		bezogen auf die Gesamtzahl der Exantheme					
			Prozent	Prozent	Prozent	Prozent	Prozent
1918	86	8=9,03 Proz.	50,0	12,5	0	12,5	25,0
1919	168	45=26,78 „	31,11	11,11	2,22	35,55	20,0
1920	149	35=23,49 „	31,43	14,28	0	45,71	8,57
1921	140	39=27,85 „	35,9	15,38	2,56	30,77	15,38
1922	89	25=28,09 „	16,0	20,0	4,0	28,0	32,0
1923	77	22=28,57 „	27,27	13,64	13,64	22,73	22,73
1924	79	19=24,05 „	0	31,58	0	57,89	10,53
1925	84	18=21,43 „	11,11	38,89	5,55	22,22	22,22
1926	66	10=15,15 „	10,0	30,0	10,0	20,0	30,0

(Siehe Frauen auf nächster Seite.)

Es zeigt sich, daß das lentikuläre Syphilid bei Männern von 1918 bis 1926 deutlich und ziemlich regelmäßig an Häufigkeit abnimmt. 1918 hatten 4,65 % aller Syphilitiker das lentikuläre Exanthem und 50 % aller Exanthemfälle waren lenticuläre Ausschläge. 1926 finden wir dagegen die Zahlen 1,52 % und 10 %. Bei den Frauen sind die Verhältnisse insofern nicht ähnlich, als die Ab-

Frauen

Jahr	Gesamtzahl der Luetikerinnen	Zahl und Prozentzahl der Exanthemfälle	Prozentzahl der großpapulösen Exantheme	Prozentzahl der kleinpapulösen Exantheme	Prozentzahl der gemischten (groß- und kleinpapulösen) Exantheme	Prozentzahl der Roseola	Prozentzahl der maculopapulösen Exantheme
		bezogen auf die Gesamtzahl der Exantheme					
1918	113	28=24,78 Proz.	Prozent 17,86	Prozent 7,14	Prozent 0	Prozent 64,29	Prozent 10,71
1919	132	56=42,42 „	10,71	5,36	0	50	33,93
1920	150	54=36,0 „	18,52	16,67	5,56	44,44	14,81
1921	146	49=33,56 „	8,16	26,53	2,04	53,06	10,2
1922	85	25=29,41 „	32,0	24,0	0	28,0	16,0
1923	84	24=28,57 „	25,0	37,5	4,17	33,33	0
1924	85	23=27,06 „	21,74	39,13	8,69	26,09	4,35
1925	86	18=20,93 „	11,11	66,67	0	22,22	0
1926	53	9=16,98 „	0	44,44	11,11	33,33	11,11

nahme des lentikulären Exanthems keine so regelmäßige ist und mehrere Sprünge zeigt. So fallen 1918 — 17,86 %, 1921 — 8,16 %, 1922 — 32 % und 1926 — 0 % aller Exanthemfälle auf das lentikuläre Syphilid.

Während das großpapulöse Exanthem mit jedem Jahre seltener vorzukommen scheint, nimmt die Häufigkeit des kleinpapulösen bei beiden Geschlechtern in der Nachkriegsperiode mit jedem Jahre zu.

Bei Männern sehen wir 1918 12,5 % Lichen-syphiliticus-Fälle, bezogen auf die Gesamtzahl der Exantheme und 1,16 % bezogen auf die Gesamtzahl der Luetiker; im Jahre 1926 dagegen 30 % und 4,54 %.

Das weibliche Geschlecht scheint häufiger befallen zu sein als das männliche. 1918 betrug die Zahl der vom Lichen syphiliticus befallenen Frauen 7,14 % von der Gesamtzahl der Luetikerinnen, um im Jahre 1926 auf 44,44 % und 7,55 % zu steigen.

In manchen Jahren, z. B. 1925 und 1926, übertrifft der Lichen syphiliticus bei beiden Geschlechtern, wie es aus den Tabellen ersichtlich ist, an Häufigkeit sogar die Roseola, dieses so häufige Exanthem der Sekundärperiode.

Ich habe vergebens in der Literatur nach der Statistik über die Häufigkeit des Lichen syphiliticus in der Nachkriegsperiode an den anderen Kliniken und über dessen Verhältnis zu anderen syphilitischen Exanthemen gesucht. In der Arbeit von Bagnoli findet man nur die Statistik auf Grund des gesamten von 1906 bis 1922 gesammelten klinischen Materials, aber keine Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der syphilitischen Exantheme in einzelnen Jahren. Bagnoli hat 3440 in der Klinik Majocchis behandelte Fälle von Hautsyphilis zusammengestetlt. Unter diesen 3440 Fällen hat sich das trockene papulöse (klein- und großpapulöse) Syphilid 374 mal gefunden, was 10.8 % aller Fälle ausmacht. Der Lichen syphiliticus wurde in 25 Fällen gleich 0.72 % beobachtet.

Eine Bestätigung der an der Jenaer Hautklinik gemachten Beobachtung über die Zunahme der Häufigkeit des Vorkommens des kleinpapulösen Syphilide in der Nachkriegsperiode findet man 1921 bei Buschke, Pinkus und 1926 bei Watanabe (Japan). So heißt es bei Buschke: „Gemäß der Aggravierung des jetzigen Luesverlaufs, sieht man diese Exanthemform (Lichen syphiliticus) häufiger als sonst (Buschke, Pinkus)." Der Autor der japanischen Arbeit Watanabe sagt, daß man in den letzten Jahren in der Universitätsklinik zu Kyoto häufiger als früher Gelegenheit hatte, Fälle von kleinpapulösen Syphiliden zu beobachten.

Nicht nur die Häufigkeit, auch der Charakter des kleinpapulösen Syphilids scheint sich in der Nachkriegsperiode geändert zu haben. Früher sah man den Lichen syphiliticus meist als Spät- oder Rezidivexanthem, nicht aber als erstes Exanthem im zweiten Stadium der Lues auftreten. So sagt Lesser 1901 und 1914: „Das kleinpapulöse Exanthem tritt im ganzen selten als erster oder einer der früheren Ausschläge auf, dagegen häufiger als späteres Rezidiv, gegen Ende des ersten Jahres nach der Infektion und noch später." Dieser Meinung begegnen wir noch bei vielen anderen Autoren: Brocq 1907, Mraček 1907, Ehrmann 1912, Scholtz 1913, Joseph 1915. Wie das Jenaer Krankenmaterial zeigt, wird der Lichen syphiliticus in der Nachkriegsperiode zu einem vorzugsweise primären Exanthem

des zweiten Stadiums. Unter 108 in der Jenaer Hautklinik beobachteten Fällen vom Lichen syphiliticus traten 25 als erste syphilitische Eruption (die meisten davon 4—5 Monate nach der Infektion), 7 als „Spät"- oder Rezidivexanthem auf, bei den übrigen 76 Fällen gelang es zwar nicht, genaue Angaben über die Infektionszeit zu erhalten, der klinische Befund und die Anhaltspunkte aus der Anamnese sprachen aber mit größter Wahrscheinlichkeit für ein erstes Exanthem.

Dieselbe Beobachtung finden wir in der Arbeit von Watanabe, der 25 Fälle kleinpapulöser Syphilide eingehend klinisch und histologisch studiert hat. „Die Meinung, daß miliopapulöse Ausschläge stets im Sekundärstadium als Spät- oder Rezidivexanthem auftreten, ist unrichtig, da es nicht selten (13 Fälle unter 25) auch Fälle gibt, die relativ frühzeitig (in einem Falle 4—5 Monate nach der Infektion) von dieser Affektion betroffen werden."

In der Vorkriegszeit beobachtete man den Lichen syphiliticus hauptsächlich bei kachektischen, durch anderweitige Krankheiten stark herab gekommenen oder tuberkulösen Individuen. So sagt Ehrmann 1905: „In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle (vom Lichen syphiliticus) findet man anderweitig deutliche Spuren einer frischen oder wenigstens scheinbar ausgeheilten Tuberkulose, Narben von Scrofuloderma, skrofulöse Drüsen, Abszesse, Knochen- und Gelenkaffektionen, Narben der Cornea etc. Die Individuen sind in der Regel kachektisch, auch diejenigen, bei denen man vergeblich nach den Erscheinungen von Scrofulo-Tbe sucht." Wie die Krankengeschichten der Jenaer Universitätsklinik für Hautkrankheiten in den Jahren 1918—1926, also in der Kriegs- und Nachkriegsperiode, zeigen, ist das Zusammentreffen vom Lichen syphiliticus mit der Tuberkulose keine häufige Erscheinung. Auch scheinen die Kachektischen vom Lichen syphiliticus nicht bevorzugt zu sein. Unter 108 Fällen vom Lichen syphiliticus (Frauen und Männern) zeigten nur zwei eine tuberkulöse Affektion: eine Frau von 31 Jahren hatte tuberkulöse Drüsen am Halse und eine andere von 26 Jahren — kolliquative Hauttuberkulose. Zu der gleichen Feststellung gelangt Watanabe.

„Die Annahme, daß die Eruption (Lichen syphiliticus) besonders bei Tuberkulösen auftritt, ist unrichtig, da wir unter unseren 25 Fällen keine tuberkulöse Veränderung in den Lungen usw. konstatieren konnten." (Watanabe 1926.) Und weiter heißt es bei diesem Autor: „Die Unterernährten waren nicht besonders bevorzugt. Auch gut genährte Individuen waren affiziert, indem bei ihnen infolge der allgemeinen Störung Blässe und Ernährungsstörungen auftraten, die mit der antiluetischen Behandlung eklatant zurückgingen, was dafür spricht, daß es sich bei der Ernährungsstörung um eine Folge der Syphilis selbst handelt."

Die zunehmende Häufigkeit des Vorkommens des Lichen syphiliticus und die Änderung seines Charakters in der Nachkriegszeit weisen auf eine gewisse Umstimmung des menschlichen Organismus hin. Der Krieg mit seinen Strapazen, Entbehrungen, seelischen Erschütterungen konnte nicht ohne Einfluß auf den menschlichen Organismus bleiben. Schlechte Wohnungsverhältnisse (Kälte, Feuchtigkeit, enges Zusammenleben), mangelhafte Ernährung (Mangel an Eiweiß, Butter und anderen wichtigsten Lebensmitteln) haben neue Krankheiten entstehen lassen, von denen man früher nichts gewußt hat (man denke z. B. an das Kriegsödem) und die allgemeine Krankheitsbereitschaft erhöht. Die ersten Jahre der Nachkriegsperiode mit ihrer wirtschaftlichen Not beeinflußten den menschlichen Organismus in demselben Sinne, wenn auch bei weitem nicht so intensiv, wie die Kriegsperiode. Diese Umweltänderungen griffen tief ins Leben des Organismus ein und setzten Änderungen, die zum Teil heute noch fortbestehen. Eine allgemeine Folge ist die Herabsetzung der Widerstandskraft des menschlichen Körpers den Einwirkungen der Außenwelt gegenüber. Aus ihr ist die Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in der Nachkriegszeit zu erklären und mit ihr wohl die Erscheinung in Zusammenhang zu bringen, daß die sekundäre Syphilis in der Nachkriegszeit mehr und mehr unter dem Bilde des Lichen syphiliticus aufzutreten pflegt. Gestützt wird diese Auffassung durch die Beobachtung aus der Vorkriegszeit, daß der Lichen syphiliticus hauptsächlich tuberkulöse, unterernährte und kachektische Individuen befiel. Wenn auch die in

der Jenaer Hautklinik 1918—1926 behandelten, vom Lichen syphiliticus betroffenen Individuen vor der syphilitischen Infektion keine derartigen äußerlich wahrnehmbaren Zeichen aufwiesen, so sind die besonderen Umwelteinflüsse mit ihren Folgen doch alle über sie gegangen. In diesem Zusammenhang sei noch einmal an den spezifischen Charakter der Gewebsstruktur beim Lichen syphiliticus erinnert. Higoumenakis zieht nach dem Vorgange der Tuberkulose für die Erklärung der tuberkuloiden Struktur bei Lues unsere heutige Vorstellung über die Tuberkulose heran und meint, daß die spezifische Reaktion des Gewebes beim Lichen syphiliticus der Bildung der Antikörper ihre Entstehung verdankt. Die tuberkuloide Struktur beim Lichen syphiliticus ist als eine gewebliche Allergie aufzufassen, und der Umstand, daß grade das Exanthem mit allergischer Gewebsreaktion in der Nachkriegszeit an Häufigkeit zugenommen hat, weist auf eine durch die Umwelteinflüsse der Kriegs- und der Nachkriegszeit zustandegekommene Veränderung der Reaktionsart vieler Individuen hin.

Zum Schluß erlaube ich mir, Herrn Professor Dr. Spiethoff für die hilfreiche Unterstützung, die mancherlei wichtigen Hinweise und die freundliche Überlassung des Krankengeschichtenmaterials meinen besten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Bagnoli: „Klinisch-statistische Untersuchungen der verschiedenen Hautsyphilide rücksichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Erscheinungsperiode." Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pellee. 1922. Bd. 63. H. 2.

Brocq: „Dermatologie." 1907.

Buschke: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten." Herausgegeben von E. Riecke. 1921.

Ehrmann: „Über lichenoide Syphilide." Wiener med. Wochenschr. 1905. Nr. 41.

— „Handbuch der Geschlechtskrankheiten." Herausgegeben von Finger, Jadassohn, Ehrmann, Groß. 1912. Bd. 2.

— „Vergleichend-diagnostischer Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilide." 1912.

Gans: „Histologie der Hautkrankheiten." 1925. Bd. 1.

Higoumenakis: „Über Lichen syphiliticus." Wiener med. Wochenschr. 1924. Nr. 52.

Joseph: „Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten." 1915.

Kyrle: „Histobiologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen." Bd. 2. 1927.

Lesser: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten." 1901 und 1914.

Letzel: „Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten." 1892.

Michelson: „Ist Lichen syphiliticus das Produkt einer Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose." Virchows Archiv. 1889. Bd. 118.

Mraček: „Handbuch der Hautkrankheiten." 1907. Bd. 4.

Mulzer: „Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten" (von Wolff und Mulzer). 1914.

Neumann: „Syphilis." („Spezielle Pathologie und Therapie" von H. Nothnagel. XXIII. Bd. 1899.)

Scholtz: „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten." Bd. 1. 1913.

Stein: „Geschlechtskrankheiten." 1922.

Watanabe: „Über die miliopapulösen Syphilide." Acta dermatologica. Vol. 7. Fasc. 3. 1926.

Wolff: „Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten" (von Wolff und Mulzer). 1914.

Zeissl: „Lehrbuch der Syphilis." II. Teil. 1872.

— „Lehrbuch der venerischen Krankheiten." 1902.

Zieler: „Lehrbuch und Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten." 1924.

Mein Lebenslauf.

Ich wurde am 24. November 1899 als Tochter des Richters in Lodz (Rußland, z. Zt. Polen) geboren.

Ich bin Russin und gehöre zur griechisch-katholischen Konfession. Ich lernte zuerst zu Hause und dann besuchte ich das Gymnasium: 1911—1914 zu Petrikau, 1914—1916 zu Smolensk und 1917 zu Achtyrka (Charkovsches Gouvernement), wo ich mein Reifezeugnis erhielt. 1918—1921 studierte ich Naturwissenschaften an der Universität Ekaterinoslav (Rußland). 1923 wurde ich als Studierende der Mathematik an der Universität Jena immatrikuliert. Ich widmete mich dem Studium der Medizin im Wintersemester 1923/24, bestand 1925 die ärztliche Vorprüfung und am 8. Mai 1928 das Rigorosum.